

1 Zusammenfassung

Methodische Kennzeichen der Studie (DMS III)

Die vorliegende Studie mit dem Titel „Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie“ (DMS III) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)/Köln versteht sich als eine aktuelle Bestandsaufnahme zum Mundgesundheitszustand, zum Mundgesundheitsverhalten und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad der Bevölkerung in Deutschland im Jahre 1997. Die Studie folgt einem epidemiologischen Erhebungsdesign (Typ: Querschnittsstudie) auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Zufallsstichproben der Alterskohorten der 12-jährigen (Jugendliche), der 35-44-jährigen (Erwachsene) und der 65-74-jährigen (Senioren) deutscher Nationalität.

Wie üblich bei nationalen Bevölkerungserhebungen, wurde zur Stichprobenziehung das Verfahren einer mehrstufig geschichteten Zufallsstichprobe von Personenadressen gewählt, und zwar aus den Meldedateien von Einwohnermeldeämtern. Dieses Verfahren ermöglichte eine exakte Abgrenzung der drei ausgewählten Altersgruppen. In der ersten Stufe waren 90 Sample-points auszuwählen, das sind Auswahleinheiten auf Gemeindeebene, wovon 60 die „alten“ und 30 die „neuen“ Bundesländer repräsentieren sollten. Die neuen Länder wurden also bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil überrepräsentiert, um in einzelnen Bereichen sowohl für den Osten als auch für den Westen jeweils statistisch-repräsentative Teilaussagen zu ermöglichen.

Die Festlegung auf 90 Points erfolgte aus logistischen, stichprobentheoretischen und ökonomischen Gründen. Einerseits waren 90 Points noch geeignet, die Struktur der Bundesländer, zumindest in der Zusammenfassung nach Nielsegebieten¹, abzubilden. Andererseits konnte damit bei den drei kalibrierten Erhebungsteams die Vorgabe erfüllt werden, die Feldarbeit innerhalb eines Erhebungszeitraums von 6 Monaten abzuschließen. Und drittens ergaben sich bei einem angestrebten Pointdurchsatz von ins-

¹ Zusammenfassung der Bundesländer nach Nielsegebieten: 1 Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen; 2 Nordrhein-Westfalen; 3 Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland; 4 Bayern; 5 Berlin; 6 Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt; 7 Thüringen, Sachsen.

gesamt 36 Personen Fallzahlen in den drei Altersgruppen und für die Regionen Ost und West, die für die statistische Deskription und Analyse ausreichend groß sein sollten.

Unter den insgesamt $n = 5040$ in den 90 Sample-points eingeladenen Probanden gab es 223 (4,4%) qualitätsneutrale Ausfälle. Die um die qualitätsneutralen Ausfälle bereinigte Bruttostichprobe ergab die Nettostichprobe. Die $n = 3065$ untersuchten Probanden entsprechen einer Ausschöpfungsquote von 63,6%. Diese Zahl ist je Altersgruppe sehr unterschiedlich. Bei den Jugendlichen nahmen 85,9% teil, bei den Erwachsenen 55,6%, bei den Senioren 56,4%.

Im Anschluß an die Hauptuntersuchungsphase wurde allen Nichtteilnehmern aus der Erwachsenen- und Seniorengruppe ein Kurzfragebogen (KF) mit Fragen zur Soziodemographie, zum Gesundheitszustand der Zähne und zur Prothetik zugeschickt. Diejenigen, die diesen Fragebogen nicht zurücksandten, wurden telefonisch um Beantwortung ausgewählter Kernfragen gebeten. Mit diesen Daten konnte untersucht werden, wie sich die Teilnehmer von den Nichtteilnehmern hinsichtlich einiger soziodemographischer Merkmale unterscheiden (sogenannte Non-Responder-Analyse). Die Kurzfragebogen wurden von 723 Probanden (KF-Teilnehmer) beantwortet, das war ein Rücklauf von 60%, bezogen auf die im Nachgang Angeschriebenen bzw. Angesprochenen. Insgesamt lag also letztlich von 78,6% der Probanden mindestens ein Kurzfragebogen mit den wichtigsten Grundinformationen zu den verschiedenen Erhebungsinhalten vor.

Für die Auswertung wurden die Daten statistisch so gewichtet, daß der hinsichtlich der Aufteilung der Probanden in Deutschland Ost und West disproportionale Stichprobenansatz aufgehoben wurde. Damit sind die jeweils als Gesamtzahlen ausgewiesenen Ergebnisse, unter Berücksichtigung entsprechender statistischer Konfidenzintervalle, repräsentativ für Gesamtdeutschland. Die Gewichtungsfaktoren wurden unter Verwendung der zuletzt verfügbaren amtlichen Zahlen ermittelt. Innerhalb der Altersgruppen der Erwachsenen und Senioren wurde bezüglich des Alters nach 5-Jahres-Altersgruppen unterschieden.

Zahnkaries bei Jugendlichen

Für alle Jugendlichen (12jährige) wurde ein durchschnittlicher DMFT-Wert von 1,7 ermittelt. Damit ist das von der WHO für 12jährige Jugendliche für das Jahr 2000 formulierte Ziel von weniger als 2 DMF-Zähnen für Gesamtdeutschland erreicht. Dem sehr niedrigen Wert von 1,4 in den alten Bundesländern steht ein Mittelwert von 2,6 in den neuen Bundesländern gegenüber. Der Gesamtwert für den DMFS-Index ist 2,6, aufgegliedert in 3,9 in Ostdeutschland und 2,2 in Westdeutschland. Sowohl der Anteil Jugendlicher mit naturgesunden Gebissen als auch die DMFT- und DMFS-

Werte lassen im Vergleich zu anderen Studien in wenigen zurückliegenden Jahren einen erheblichen Rückgang des Kariesbefalls erkennen. Die größte Verbesserung des Gesundheitszustandes haben Jugendliche mit niedriger Schulbildung erfahren.

Dennoch ist weiterhin eine zunehmende Polarisierung des Kariesbefalls zu erkennen. 21,5% der Jugendlichen haben 61,2% aller DMF-Zähne, und eine Hochrisikogruppe von nur 7,9% der Jugendlichen hat mit 29,6% fast ein Drittel aller erkrankten Zähne.

Bei den Jugendlichen ist ein hoher Sanierungsgrad zu verzeichnen, fast 80% der erkrankten Zähne sind gefüllt. Allerdings zeigen Jugendliche mit schlechtem Mundhygieneverhalten ebenso wie Jugendliche mit vorwiegend beschwerdenorientierter Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen einen erhöhten Behandlungsbedarf.

Im Gegensatz zu früheren IDZ-Studien (DMS I von 1989 und DMS II von 1992) haben sozioökonomische Variablen eine etwas geringere Auswirkung auf den Kariesbefall. Offensichtlich konnten die seit Jahren mit zunehmender Intensität praktizierte Gruppen- und die seit 1992 im Rahmen der GKV mögliche Individualprophylaxe eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit bewirken. Ein wichtiger Faktor hierbei ist die Fissurenversiegelung. Bei 12jährigen ohne ausreichendes eigenes Mundpflegeverhalten und bei Jugendlichen, welche zahnärztliche Praxen überwiegend beschwerdenorientiert aufsuchen, erscheint der positive Effekt einer Versiegelung der Zahnkaufflächen besonders deutlich.

Insgesamt sind bei mehr als der Hälfte der Jugendlichen Zähne versiegelt worden. Die vorgelegten Daten lassen die Schlußfolgerung zu, daß die Ausweitung der Versiegelung einen weiteren deutlichen Rückgang von Karies bedeuten würde. Hiervon könnten besonders die Jugendlichen mit dem höchsten Kariesbefall profitieren.

Zahnkaries bei den Erwachsenen

Für die Erwachsenen (35-44 Jahre) wurde ein DMFT-Wert von 16,1 ermittelt, der für Personen aus alten und neuen Bundesländern nur geringfügig differierte. Der Gesamtwert für den DMFS-Index beträgt 54,7. Ein Vergleich der DMFT-Werte mit den vorhergehenden Studien zeigt einen gleichbleibenden Kariesbefall. Allerdings hat der Sanierungsgrad deutlich zugenommen, er beträgt nun 92,5%.

Bezüglich des Behandlungsbedarfs ist eine deutliche Polarisierung zu erkennen. Sämtliche kariösen Zähne sind bei nur 23,6% der Erwachsenen anzutreffen. Auch für fehlende Zähne ist eine Anhäufung bei einem Teil der Untersuchten zu erkennen. Allerdings erfordert auch bei Erwachsenen die

große Anzahl von durchschnittlich 2,3 Zähnen mit Initial- und Schmelzläsionen einen hohen präventiven Betreuungsaufwand.

Die Karies steht bei Erwachsenen in Zusammenhang mit der sozialen Schichtzugehörigkeit. Zudem können für diese Altersgruppe Abhängigkeiten von der Effektivität der täglichen Mundhygiene nachgewiesen werden.

9,9% aller freiliegenden Wurzelflächen sind nicht mehr gesund. Ebenso wie die Karies an Zahnkronen ist auch das Vorkommen von Wurzelkaries mit der sozialen Schichtzugehörigkeit korreliert.

Zahnkaries bei den Senioren

Für die 65-74jährigen Senioren wurde ein DMFT-Wert von 23,6 ermittelt. Senioren aus den alten und neuen Bundesländern wiesen gleichermaßen hohen Kariesbefall auf. Der Gesamtwert für den DMFS-Index beträgt 102,8. Ein Vergleich der Indizes mit früheren, ähnlichen Studien zeigt einen über zwei Jahrzehnte unverändert hohen Kariesbefall. Allerdings ist die Anzahl akut kariöser Zähne deutlich zurückgegangen, und die Anzahl gefüllter Zähne ist gestiegen; die Anzahl extrahierter Zähne ist relativ konstant geblieben, allerdings bei den ostdeutschen Senioren zurückgegangen. Der Sanierungsgrad hat dadurch deutlich zugenommen, er beträgt bei bezahnten Senioren 93,2%.

Die Häufigkeitsverteilung des Kariesbefalls zeigt eine nur geringe Polarisierung. Allerdings erfordert der Anteil an Zähnen mit Initial- und Schmelzläsionen, welcher 10% der vorhandenen Zähne ausmacht, aktive Konzepte zur präventiven Betreuung der Senioren.

Die Karies steht auch bei Senioren in Zusammenhang mit der sozialen Schichtzugehörigkeit. Zudem können auch für diese Altersgruppe Abhängigkeiten von der Effektivität der täglichen Mundhygiene nachgewiesen werden. Beide Ergebnisse belegen den lebenslang karieshemmenden Effekt regelmäßiger Präventionsmaßnahmen.

Bezüglich der Wurzelkaries ist eine deutliche Polarisierung feststellbar, nur 20,5% der bezahnten Senioren haben Wurzelkaries. 12,6% aller freiliegenden Wurzelflächen sind nicht mehr gesund. Ebenso wie die Karies an Zahnkronen ist auch das Vorkommen von Wurzelkaries mit der sozialen Schichtzugehörigkeit korreliert. Zwischen Kronen- und Wurzelkaries bestehen enge statistische Zusammenhänge.

Der unverändert hohe Kariesbefall bei 65-74jährigen Senioren ist die Folge von Versäumnissen in früheren Lebensabschnitten der eigenen Gesundheitsbiographie. Daher werden kurzfristige Verbesserungen nicht zu erreichen sein. Die nachgewiesenen Beziehungen zu kariesrelevanten Verhal-

tensweisen wie z. B. der Mundhygiene zeigen aber auf, daß langfristig angelegte Konzepte zur Prävention von Kronen- und Wurzelkaries erfolgreich sein werden.

Gingivitis bei den Jugendlichen

Geht man von den Prävalenzen der Gingivitis aus, so wie sie bei den Jugendlichen nach dem PBI gemessen worden sind, so sind deutliche gingivale Entzündungen bei 36,1% (PBI Grad 3 und 4) der Jugendlichen vorhanden. Das etwas günstigere Bild des Plaque-Index zeigt, daß die Jugendlichen zwar prinzipiell in der Lage sind, ihre Zähne gründlich zu reinigen, jedoch – wie ein Vergleich mit dem PBI zeigt – dies nicht regelmäßig tun. Der Zahnstein ist mit Prävalenzwerten unter 6% recht gering und weist nicht auf einen erhöhten Therapiebedarf dieser Altersklasse hin.

Parodontitis bei den Erwachsenen

Ähnlich wie bei den Jugendlichen hatten über die Hälfte der Erwachsenen plaquefreie Gebisse bei der Untersuchung. Die Erwachsenen im Westen zeigten mit 65,7% wesentlich mehr plaquefreie Zähne als Erwachsene aus dem Osten mit 39,3%. Ebenso haben bei den Erwachsenen die Frauen gründlicher die Zähne geputzt als die Männer. Rund 20% der Erwachsenen hatten völlig gesunde Gingivaverhältnisse.

Der Parodontalstatus nach dem CPI zeigte, daß bei einem Drittel der Erwachsenen maximale Taschentiefen von 5 mm vorhanden waren. Eine schwere Form der Parodontitis war immerhin noch bei 14,1% zu verzeichnen. Sehr ausgeprägt waren in bezug auf fortgeschrittene Parodontalerkrankungen die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland. Während im Westen weniger als 10% der Erwachsenen Taschen von über 5 mm aufwiesen, lag dieser Wert in Ostdeutschland bei 31,3%. Die Prävalenz der Parodontalerkrankungen nach dem maximalen Attachmentverlust zeigt einen Mittelwert von 4,8 mm. Das Ausmaß und die Schwere der Parodontitis nach dem ESI bestätigen, daß Attachmentverluste bei einem Großteil der Erwachsenenbevölkerung vorhanden sind. Jedoch beschränken sich schwere Parodontalerkrankungen, welche die Prognose für den Erhalt der Zähne sehr verschlechtern, auf eine vergleichsweise „kleine“ Gruppe von etwa 30% der Bevölkerung.

Parodontitis bei den Senioren

Nur 32,0% der Senioren – weniger als bei den Jugendlichen und den Erwachsenen – zeigten plaquefreie Gebisse. Die Entzündungen des Zahnfleisches waren etwas häufiger als bei den jüngeren Altersgruppen. Sehr

ausgeprägt waren hier wiederum die regionalen Unterschiede mit gesünderen Verhältnissen im Westen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren bei den Senioren gering.

Die altersentsprechende Zunahme der Parodontalerkrankungen führte fast zu einer Verdoppelung der Prävalenz für Senioren mit Taschen über 5 mm (max. CPI mit Grad 4 bei 24,4%). Und auch doppelt so viele Senioren im Osten zeigten nach dem CPI schwerere Parodontalerkrankungen als im Westen. Der Durchschnittswert für den maximalen Attachmentverlust (ohne Zahnlose) bei den Senioren betrug 6,1 mm und zeigte demnach einen Anstieg um 1,3 mm gegenüber den jüngeren Erwachsenen. Die Häufigkeit von maximalen Attachmentverlusten ≥ 4 mm betrug 84,2% und 55,2% für Werte ≥ 6 mm. Auch dies zeigt die Zunahme der Parodontitis mit dem Alter. In Ostdeutschland waren mit 6,5 mm Mittelwert höhere Attachmentverluste vorhanden als mit 6,0 mm im Westen. Deutlicher ausgeprägt waren die Attachmentverluste mit 6,6 mm bei den Männern im Vergleich zu 5,7 mm bei den Frauen.

Ausmaß und Schwere der Parodontalerkrankungen nach dem ESI haben bei den Senioren gegenüber den Erwachsenen nochmals deutlich zugenommen. Auch waren die mittleren Attachmentverluste nach dem ESI deutlich höher als bei den Erwachsenen.

Bezüglich der Risikofaktoren für die Entstehung einer Parodontitis waren Raucher wesentlich häufiger von Parodontalerkrankungen betroffen als Nichtraucher. In bezug auf andere diskutierte Risikofaktoren wie Diabetes mellitus (behandelt) waren diese Korrelationen nicht zu finden. Der Bezug zu koronaren Herzerkrankungen (KHK) war allerdings wiederum sehr deutlich; hier zeigten im statistischen Bild die Senioren mit schweren Parodontalerkrankungen erkennbar häufiger KHK-Ereignisse in ihrer eigenen Lebenskrankheitserfahrung ($p = 0,038$).

Zahnprothetischer Status bei den Erwachsenen

Das natürliche Gebiß unterliegt im mittleren Erwachsenenalter (35-44-jährige) einem Gestaltenwandel, der in kariesbedingter Zahnzerstörung (DT + FT = 12,2), Lückenbildung (6,7 fehlende Zähne; ohne Berücksichtigung der Weisheitszähne 4,2) und einzelnen Fällen völliger Zahnlosigkeit (1,1%) seinen Ausdruck findet.

Im epidemiologischen Durchschnitt dominiert das Lückengebiß mit der Wahrscheinlichkeit von mindestens 2 Zahnlücken. Die Zahnverlustrate ist in den ostdeutschen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern (es fehlen 1,3 Zähne mehr). Ebenfalls hat die Bevölkerungsgruppe mit niedriger Schulbildung signifikant mehr Zähne verloren als die Vergleichsgruppe mit hohem Bildungsgrad (Differenz: 2,8 Zähne). In gleichem Sinne

zeigten sich bei den Personen, die nur bei Beschwerden zahnärztliche Dienste in Anspruch nehmen, mehr fehlende Zähne (1,7) als bei der kontrollorientierten Gruppe.

Prothetische Kronenrestaurationen werden durchschnittlich an 1,7 Zähnen durchgeführt. Bezogen auf die Zahl kariöser und gefüllter Zähne zeigt sich, daß jeder siebente kariöse oder gefüllte Zahn eine Vollkronenrestauration erhält. In Ostdeutschland werden Kronenrestaurationen (noch) wesentlich seltener angewandt als in Westdeutschland (Verhältnis 1 : 2,6).

Fehlende Zähne (mit Ausnahme der Weisheitszähne) wurden im mittleren Erwachsenenalter zu 57% ersetzt. Dabei werden abnehmbare Prothesen (31%) etwas häufiger angewandt als Brückenersatz (26%). Besonders gering ist die Anwendungshäufigkeit von festsitzendem Zahnersatz in der ostdeutschen Stichprobe; sie beträgt 17% gegenüber 30% in Westdeutschland. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Zweiten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS II) von 1992 konnte jedoch für die neuen Bundesländer eine Zunahme der zahnärztlichen Behandlungsleistungen festgestellt werden. Im Durchschnitt wurde ein Zahn mehr ersetzt und die Zahl brückenersetzter Zähne wurde verdreifacht (0,3 auf 0,9 Zähne).

Zahnprothetischer Status bei den Senioren

In der Seniorenpopulation (65-74jährige) fehlen statistisch 21,6 Zähne (ohne Weisheitszähne 17,6). Bei 70% der Senioren sind im Oberkiefer alle Seitenzähne und im Unterkiefer die Molaren verlorengegangen. Bei 40% der 65-74jährigen sind noch durchschnittlich 14 natürliche Zähne vorhanden.

Die Zahnlosigkeit im Ober- und Unterkiefer beträgt bei der deutschen Seniorenpopulation 24,8%. Sie ist mit 44% im Oberkiefer deutlich höher als im Unterkiefer (27%). Auffällig sind sozialstrukturelle Unterschiede; so haben Personen mit niedriger Schulbildung im Oberkiefer eine um 28% größere Häufigkeit der Zahnlosigkeit als Personen mit höherem Schulabschluß.

Fehlende Zähne sind bei den 65-74jährigen zu etwa 90% ersetzt (ohne Berücksichtigung der Weisheitszähne). Es wird damit quantitativ ein sehr guter Versorgungsgrad erreicht; regionale und sozialbedingte Unterschiede sind gering. Jedoch wird festsitzender Zahnersatz wenig (durchschnittlich ein ersetzter Zahn), implantatgetragener Zahnersatz sehr selten (0,03 ersetzter Zahn) angewandt. Dabei besteht in der Anwendungshäufigkeit funktionell und präventiv wirksamer Therapiemittel noch ein West/Ost-Gefälle; Brücken werden in Westdeutschland viermal häufiger, kombiniert festsitzende und abnehmbare Teilprothesen zweimal häufiger als in Ostdeutschland eingegliedert.

Orale Dysfunktionen bei den Erwachsenen

In der Alterskohorte der 35-44jährigen sind die Symptome von kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) häufig. Die in der klinischen Untersuchung objektivierbaren Befunde wurden in über 50% der Bevölkerung gefunden. Die häufigsten Symptome waren Kiefergelenkgeräusche, vor allem Kiefergelenkknacken, das auf Lage- und Strukturveränderungen der Knorpelstrukturen des Kiefergelenkes hindeutet. Einschränkungen der Unterkieferbeweglichkeit, charakterisiert an Grenzwerten, wurden kaum beobachtet.

Schmerzen, als die wichtigsten Symptome von CMD, wurden von ca. 5% der Altersgruppe angegeben, wobei Frauen häufiger über Schmerzen berichteten als Männer.

Deutliche schmerzhaft Befunde, wie sie für behandlungssuchende Patienten typisch sind, wurden in der klinischen Untersuchung jedoch selten beobachtet. Wenn sie auftraten, wiesen Frauen diese Befunde weitaus öfter auf als Männer.

Der Behandlungsbedarf für CMD konzentrierte sich auf den subjektiven Wunsch des Probanden. Ein aktueller subjektiver Behandlungsbedarf für CMD ergab sich bei 3,2% der Probanden. Dieser Bedarf ist eine konservative Schätzung für den gesamten Behandlungsbedarf, da Behandlungsbedarf für CMD ebenfalls im Rahmen anderer nicht primär auf Dysfunktionen gerichteter zahnärztlicher Tätigkeit im Sinne einer „passiven Prävention“ von CMD anfällt. Der tatsächliche Behandlungsbedarf ist deshalb höher einzuschätzen als die subjektive Teilkomponente.

Orale Dysfunktionen bei den Senioren

Die Ergebnisse dieser Untersuchung belegen, daß die in der klinischen Untersuchung objektivierbaren Befunde im Alter zunehmen. Das ist in Übereinstimmung mit internationalen Studien.

Kiefergelenkgeräusche und der Anteil der auf degenerative Gelenkveränderungen deutenden Reibegeräusche nahmen zu. Einschränkungen der Unterkieferbeweglichkeit wurden relativ oft beobachtet. Die Symptome wurden jedoch von den Probanden weniger wahrgenommen als in der mittleren Erwachsenenengruppe. Es bestand somit eine gegenläufige Tendenz in der Häufigkeit der Symptome. Die anamnestischen Befunde wurden weniger, die klinischen Symptome nahmen zu. Während Abweichungen vom „Idealzustand“ des Kausystems im Alter zunehmend häufiger beobachtet wurden, führten diese andererseits anscheinend nicht zu einer wesentlichen subjektiven Beeinträchtigung der Probanden. Die meisten Symptome kranio-mandibulärer Dysfunktionen sind nicht mit fortschreitender Gewebeschädigung oraler Strukturen verbunden.

Schmerzen, als die wichtigsten Symptome von CMD, wurden von ca. 5% der Altersgruppe angegeben, wobei Frauen häufiger über Schmerzen berichteten als Männer.

Der Behandlungsbedarf für CMD konzentrierte sich auf den subjektiven Wunsch des Probanden. Ein aktueller subjektiver Behandlungsbedarf für CMD war bei ca. 2,7% der Probanden vorhanden. Dieser Bedarf ist eine konservative Schätzung für den gesamten Behandlungsbedarf.

Mundschleimhautveränderungen bei den Erwachsenen und den Senioren

Die Ergebnisse der Mundschleimhautuntersuchung in der DMS III fügen sich in den Rahmen bisheriger Prävalenzuntersuchungen ein. Dabei werden vor allem Daten zur oralen Leukoplakie, aber auch des OLP bestätigt. Der Vergleich der Ergebnisse der Erwachsenenstichprobe mit den Prävalenzraten der Seniorenstichprobe zeigt, daß einige Erkrankungen, insbesondere die prothesenassoziierten Erytheme (Prothesenstomatitis) in der Seniorengruppe deutlich zunehmen. Die Morbidität der Mundschleimhaut sowie die Zahl pro Proband registrierter Veränderungen nimmt im Alter deutlich zu. Da einige dieser Veränderungen unter Umständen auch lebensbedrohlichen Charakter haben, insbesondere die Präkanzerosen, sind ältere Patienten sorgfältig auf jegliche Veränderungen der Mundweichteile in regelmäßigen Abständen zu untersuchen. Die gleichzeitige Befragung nach Tabak- und Alkoholkonsum ist dabei unumgänglich. Die mögliche Beratung des Rauchers oder des exzessiven Alkoholkonsumenten hinsichtlich Aufgabe dieser Gewohnheiten könnte ein verstärktes präventives Beratungsziel für den niedergelassenen Zahnarzt der Zukunft sein.

Gerontologische Ergebnisaspekte

Die Ergebnisse der DMS III bezogen auf die Munderkrankungen bei älteren Personen zeigen eine Reihe von Ergebnissen, die durch andere wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt werden konnten. Dabei zeigen sich die bereits häufig in der Literatur diskutierten Zusammenhänge zwischen sonstigem Morbiditätsgeschehen, speziell den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und dem Auftreten von Parodontitis, sowie dem Auftreten von Krankheiten, die die motorische Beweglichkeit einschränken, wie Arthritis etc., mit der Mundhygiene. Die Ergebnisse bezogen auf das Inanspruchnahmeverhalten sowie auf die sozioökonomischen Variablen zeigen ein bereits bekanntes Bild: Personen mit einem niedrigeren Bildungsstatus und einem geringeren Einkommen zeigen ein stärker beschwerdenorientiertes Inanspruchnahmeverhalten, neigen zu gesundheitsriskantem Verhalten und leiden im stärkeren Ausmaß unter Munderkrankungen wie Karies und Parodontitis.

Sozialwissenschaftliche Ergebnisaspekte

Das sozialwissenschaftliche Ergebnismaterial macht deutlich, wie stark zahnmedizinische und sozialwissenschaftliche Fragestellungen miteinander verwoben sind; dies betrifft offenbar präventive, kurative und rehabilitative Fragestellungen in gleichem Maße. So konnte gezeigt werden, daß im Bereich der Zahnvorsorge mit stark internal strukturierten Kontrollüberzeugungen gerechnet werden kann; rund 4/5 der Befragten (bei den Senioren etwas weniger) geben hier an, „sehr viel“ bzw. „viel“ für den eigenen Zahnzustand tun zu können. Es herrscht also sowohl bei den Kindern/Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen mittleren Alters wie auch bei den Senioren eine erkennbar aktive Handlungsorientierung zur Zahnvorsorge vor.

Diese aktive Handlungsorientierung wäre als wichtiger Ansatzpunkt zu nutzen, um das Niveau der praktizierten Mundhygiene in der Bevölkerung weiter anzuheben. Die vorliegenden Angaben aus dem Fragebogen, die für die Auswertung zu einem dreidimensionalen Verhaltensindex (nach Häufigkeit, Zeitpunkt und Zeitdauer des Zähneputzens) zusammengesetzt wurden, zeigen, daß nur rund knapp 1/3 das Attribut „gute Mundhygiene“ erreichen, bei den Senioren schrumpft dieser Anteil sogar auf rund 14%. Auffällig, aber in Übereinstimmung mit anderen sozialwissenschaftlichen Erhebungen auf diesem Gebiet, ist ferner, daß das weibliche Geschlecht insgesamt eine bessere Mundhygiene zeigt als Personen männlichen Geschlechts und darüber hinaus, daß Personen mit höherem Schulabschluß (als Indikator für die Sozialschichtzugehörigkeit) intensiver Zahnpflege betreiben als Personen mit einem niedrigeren Schulbildungsniveau. Dieser sozialschichtspezifische Befund zum Mundhygieneverhalten erscheint uns bedeutsam, da er bei der Ausgestaltung oralpräventiver Kampagnen und Maßnahmen im Sinne einer verbesserten Zielgruppenansprache berücksichtigt werden sollte.

Im Hinblick auf das Niveau der praktizierten Mundhygiene konnte im Rahmen einer übergreifenden Auswertung von sozialwissenschaftlichen Verhaltensdaten und zahnmedizinischen Befunddaten verdeutlicht werden, daß das Ausmaß des klinischen Plaquebefalls und das Niveau der Mundhygiene statistisch signifikant korrelieren.

Kariogene „Zwischenmahlzeiten“ zeigen in der Bevölkerung eine große Verbreitung. Dies gilt für die Alterskohorte der Jugendlichen und der mittleren Erwachsenen gleichermaßen (der Fragekomplex wurde bei der Seniorengruppe nicht abgefragt), mehr als 1/3 der Befragten geben hier an, drei und mehr Zwischenmahlzeiten pro Tag zu verzehren; dabei stehen „frisches Obst“ und „Süßigkeiten“ ganz oben in der Präferenzskala.

Das Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Dienstleistungen ist in allen drei Altersgruppen deutlich „kontrollorientiert“ ausgerichtet, zeigt aber mit zunehmendem Lebensalter eine ebenso deutliche Abschwächung; das Motivmuster vorbeugender Zahnarztbesuche ist in Ostdeutschland noch

stärker ausgeprägt als bei den Befragten Westdeutschlands. Das Schulbildungsniveau hat ebenfalls einen erkennbar deutlichen Einfluß. Erwachsene mit höherer Schulbildung gehen häufiger aus Kontrollgründen zum Zahnarzt als Personen mit niedriger Schulbildung. Für die spezielle Gruppe der Jugendlichen gilt dieser Zusammenhang aber nicht, das Motiv präventiver Inanspruchnahme des Zahnarztes bewegt sich bei den Jugendlichen auf einem knapp 70%-Niveau, gleichgültig ob es sich hier nun um Jugendliche aus einer Familie mit einem niedrigeren oder höheren Schulbildungsabschluß der Eltern handelt. Zu diesem Hintergrund gehört auch, daß mehr als 4/5 der Befragten in allen drei Alterskohorten zu Protokoll geben, daß sie „immer bei demselben Zahnarzt“ in Behandlung seien; dies läßt sich als ein deutlicher Hinweis auf eine starke soziale Zahnarztbindung in der Bevölkerung interpretieren.

In Anlehnung an das Dental Impact Profile (DIP) konnte gezeigt werden, daß von einer außerordentlich hohen emotionalen Bedeutung der Mundhöhle ausgegangen werden kann, die somatisch-funktionale (Kauen), generell-befindungsmäßige (Wohlbefinden) und sozioästhetische (Lächeln und Lachen) Aspekte gleichermaßen umschließt. Weiter zeigte sich in diesem Zusammenhang, daß die Bereiche von Kauen und Beißen, Selbstvertrauen und Sprache am stärksten durch den Status des totalen Zahnverlustes (einschließlich seiner zahnprothetischen Rehabilitation) modelliert werden.

Zu diesem Gesamtergebnis zum psychosozialen Impact des Kauorgans paßt, daß seitens der Befragten grundsätzlich äußerst dezidierte Erwartungen (antizipatorische Kognitionen) an eine zahnprothetische Maßnahme gestellt werden, die neben einer „guten und langlebigen Qualität“ erneut die Wünsche an die „Funktionstüchtigkeit“ im Sinne von Kauen und Beißen und eben an das „Aussehen“ thematisieren. Die subjektive Zufriedenheit mit dem tatsächlich eingegliederten Zahnersatz ist nach den Antworten der Befragten auf einem hohen Niveau anzusiedeln; jeweils rund 80 Prozent aus beiden Alterskohorten geben in der Erhebung der DMS III zu Protokoll, mit ihrem Zahnersatz „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ zu sein.

Auftraggeber der DMS III

Die „Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie“ (DMS III) wurde als Eigenforschung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), einer gemeinsamen Forschungseinrichtung von Bundeszahnärztekammer (BZÄK)/Köln und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV)/Köln, durchgeführt. Die finanziellen Mittel wurden von den beiden Trägerorganisationen und zusätzlich von einem Förderkreis der KZV Bayerns, KZV Bremen, KZV Freiburg, KZV Hessen, KZV Karlsruhe, KZV Koblenz-Trier, KZV Niedersachsen, KZV Nordrhein, KZV Pfalz, KZV Schleswig-Holstein, KZV Stuttgart, KZV Tübingen und KZV Westfalen-Lippe aufgebracht.